

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



Declaration de Maladie

N° W19-452668

ND = 17496

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4456 Société : Ram

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUSAL MOHAMED

Date de naissance : 13.12.61

Adresse : habituelle

Tél : 06 61 62 23 00 Total des frais engagés : 417,60 dh Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/1/19

Nom et prénom du malade : MOUSAL MOHAMED

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Inf. Malade

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 21/01/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]


Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

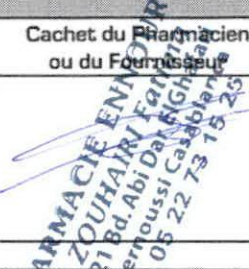
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge, Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
28/11/2019	12	-	150,5	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/11/2019	167,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

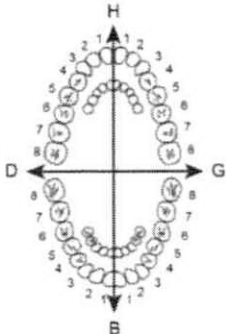
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.
Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. M. KHALID BENJELLOUN

Médecine Générale

DIPLÔME REPARATION JURIDIQUE DU

DOMMAGE CORPOREL ET DE

MÉDECINE LÉGALE

DIPLÔME EN MÉDECINE DU TRAVAIL

EXPERT ASSERMENTÉ PRÈS LES TRIBUNAUX

DIPLÔME EN ECHOGRAPHIE

الدكتور م. خالد بنجلون

الطب العام

دبلوم التعويض القانوني والطب الشرعي

طب الشغل

خبير محلف لدى المحاكم

الفحص بالصدى

Casablanca, le : 28/12/2019 : الدار البيضاء، في

MLLE MOUBAL MARYAM

• **Ofiken 200mg**

1 Comprimé, matin, midi, soir, pendant 6 JOURS

• **Musfon 80mg**

1cp trois fois par jours

• **Trimedat 150 mg**

1 Gélule, matin, midi, soir, pendant 10 JRS

• **Duphaston 10 mg**

1 Comprimé, midi, pendant 10 JRS à partir du 15^{em} des regles N°3

LOT 192569 1
EXP 10 21
PPV 170.00 DH

LOT: MD340
PER: 06/2022
PPV: 60.40 DH

LOT 2596
UT. AV: 04.24
P.P.V : 47 DH 20

PHARMACIE ENNOUR
Dr. ZOUHAIRI Fatima
219/221 Bd. Abi Dar ElGhafar
Sidi Bernoussi Casablanca
Tel : 05 22 73 15 25

Dr. M. KHALID BENJELLOUN
Expert Assermenté Près les Tribunaux
Bloc 61 Mansour III N° 37 Sidi Bernoussi
Tel: 05 22 73 10 16 - Casablanca

بلوك 61 حي المنصور 3، رقم 37 سيدي البرنوصي - الدار البيضاء - الهاتف: 05.22.73.10.16 - الفاكس: 05.22.73.05.03

Bloc 61, Hay Mansour III. N° 37 Sidi Bernoussi - Casablanca - Tél.: 05.22.73.10.16 - Fax : 05.22.73.05.03